

TRASTORNOS SEXUALES EN UN GRUPO DE MUJERES CONSULTA DE SEXOLOGÍA DE SANTIAGO DE CUBA

Dra. Iliana Gorguet Pi, est. Marilian M^a La O Gorguet (Cuba)

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar algunas características sobre la sexualidad de las pacientes que acudieron a la consulta de Sexología, del hospital General Dr. Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba, durante el periodo comprendido desde el año 2004 al 2008. El grupo de estudio estuvo constituido por 100 mujeres tomadas al azar y se incluyó un grupo control constituido por 100 trabajadoras del mismo hospital, que no habían asistido nunca a consulta por trastornos sexuales ni presentaron trastornos psíquicos en los 12 meses previos a la investigación. A ambos grupos se les realizó una entrevista estructurada de forma personal y directa y se les realizaron pruebas psicológicas. Entre los resultados se halló que en el grupo estudio predominaron los siguientes aspectos en relación con el grupo control, el trastorno orgásmico de tipo adquirido, antecedente psicopatológicos de trastornos neuróticos y psicóticos, personalidades esquizoide e histéricas, presencia de síntomas psíquicos actuales, presencia de conflictos ambientales, adecuada identidad sexual, menor impulso sexual hacia la pareja, menor predominio de la relación positiva con la pareja y menor proporción de la masturbación.

Palabras clave

Características sexuales, trastornos sexuales

INTRODUCCIÓN

Hasta hace poco tiempo a las mujeres se les había otorgado en lo que se refiere a la sexualidad un papel inferior al hombre; para Freud el deseo sexual era una capacidad masculina ya que para él los rasgos activos pertenecían al hombre y los pasivos a la mujer.

En efecto desde etapas adolescentes los comportamientos de los varones y las hembras han sido orientados de formas diferentes, se considera que los varones deben desarrollar su fuerza física, ser "machos" y la hembra desarrollar la gracia, la ternura y la pasividad y en el aspecto sexual el hombre debe ser el miembro activo, dominante, quien debe iniciar la relación sexual, y la mujer debe esperar pasivamente a que sea el compañero quien inicie el acto sexual, aún esto perdura en algunas culturas; la sociedad llega a

convencerlas de que su papel principal es ser buenas madres, esposas, atender el hogar y que los placeres sexuales son cosas secundarias para ellas.

Posteriormente debido a los aportes de algunos investigadores como Kinsey (1), Masters y Johnson (2), Kaplan (3) y otros, la sexualidad femenina fue tomando una óptica distinta, actualmente la visión de la sexualidad femenina es bastante diferente a épocas anteriores, pero aún es evidente que a pesar de los avances en este campo aún se mantienen muchos mitos y conceptos erróneos. Estos falsos conceptos respecto a la sexualidad de la mujer son con mucha frecuencia causa de trastornos sexuales. No tenemos dudas de que existen diferencias entre el sexo femenino y masculino en cuanto a la respuesta sexual de ambos, no sólo en el aspecto fisiológico sino psicosexual.

Teniendo en cuenta que tanto en el aspecto biológico como cultural existe una gran diferencia entre la sexualidad femenina y masculina, no resulta fácil identificar cuáles aspectos son más determinantes en la génesis de los trastornos sexuales en la mujer y tal vez esto ha influido en que los trastornos sexuales de la mujer hayan sido más insuficientemente estudiados.

Las consideraciones antes expuestas sobre la sexualidad femenina nos motivaron a realizar esta investigación con el objetivo de identificar algunas características sobre la sexualidad de un grupo de mujeres con trastornos atendidas en la consulta de sexología del Hospital General Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba.

METODO

La investigación se clasifica como descriptiva transversal, con la finalidad de identificar algunas características sobre la sexualidad de un grupo de mujeres que acudieron a la consulta de Sexología Clínica del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, durante el periodo comprendido desde el mes de enero del 2004 hasta el mes de diciembre del 2008.

Se estudiaron 200 mujeres, se seleccionaron en dos grupos: uno de estudio y otro de control, el grupo de estudio estuvo constituido por 100 mujeres que asistieron a consulta por un trastorno sexual y el grupo control estuvo conformado por 100 mujeres trabajadoras del mismo hospital, escogidas al azar las cuales no habían consultado nunca por un trastorno sexual, fueron excluidas las mujeres que habían recibido tratamiento psiquiátrico en los 12 meses previos a la investigación.

Las mujeres del grupo de estudio fueron examinadas por un especialista en ginecología y obstetricia no así las del grupo control.

A ambos grupos se les realizó una entrevista estructurada de forma personal y directa, este método permitió detectar si existían inhibiciones en las respuestas propiciándole a la paciente durante el curso de la entrevista un clima emocional sin tensiones y brindándole confianza a la entrevistada, a las del grupo control no se le incluyeron datos de identidad para no reducir la veracidad de las respuestas

La entrevista se efectuó en el local de consulta el cual cuenta con condiciones óptimas de confort y privacidad.

A ambos grupos se les realizaron test psicológicos los cuales exploraban perfil de personalidad, niveles de ansiedad, depresión. Se contó con el consentimiento informado de las participantes de colaborar con la presente investigación y se cumplieron las normas éticas en cuanto a la discreción, confiabilidad y honestidad de la información.

RESULTADOS

Cuando observamos la distribución por edades en ambos grupos predominaron las edades de 25 a 34 años (47%) en el grupo estudio, seguido de las de 35 a 44 años (26%) y en el grupo control las de 25 a 34 años con (58%), seguido del grupo de 18 a 24 años (27%). Con respecto al tipo y frecuencia de los trastornos sexuales diagnosticados en los grupos de estudio y control hallamos que:

En el grupo de estudio el Trastorno orgásmico fue el más frecuente (38%), seguido del Trastorno de la excitación sexual (24%), Deseo sexual hipoactivo (22%), Dispareunia (9%), Vaginismo (5%) y Deseo sexual hiperactivo (2%).

En el grupo control el trastorno más frecuente fue la Dispareunia (33%), siguiéndoles en orden decreciente, el Deseo sexual hipoactivo (26%), el Trastorno orgásmico (16%), el Trastorno de la excitación sexual (12%), el Deseo sexual hiperactivo (9%) y el Vaginismo el (4%).

Con relación a la cantidad de trastornos sexuales, en el grupo de estudio hubo una cuantía de 152 trastornos y en el grupo control 69.

En cuanto a la naturaleza del inicio del trastorno sexual, en el grupo de estudio predominó el de tipo adquirido (88%) y un (12%) de toda la vida y en el grupo control (63%) de tipo adquirido y un (37%) de toda la vida.

En cuanto al contexto en que aparece el trastorno sexual, en el grupo de estudio predominó el situacional (95%) y en el grupo control también la mayoría ocupó el situacional (58%).

En cuanto a los antecedentes personales psicopatológicos en el grupo de estudio predominó el antecedente de Trastornos neuróticos (52%), seguidos de las que no tenían antecedentes (44%) y de las que tenían antecedentes de Trastornos psicóticos (4%).

En el grupo control predominaron las que no tenían antecedentes (96%), seguido de los que tenían Trastornos neuróticos (4%).

Al referirnos a los tipos de personalidad, en el grupo de estudio hallamos que el mayor por ciento correspondió a la personalidad esquizoide (30%), seguido de la histérica (27%), la ansiosa (14%), la obsesiva (9%), normal (6%) y otras (14%).

En el grupo control el mayor por ciento correspondió a la normal (29%), siguiéndole la ansiosa (18%), esquizoide (13%), obsesiva (4%), asténica (1%) y otras (23%).

Cuando indagamos respecto a la presencia de síntomas psíquicos encontramos que en el grupo de estudio la mayoría de las mujeres tenía síntomas psíquicos (97%) y el (3%) no presentó; en el grupo control menos de la mitad los presentó (41%) y el (59%) no tenían. Estos síntomas fueron en orden de frecuencia ansiedad, depresión y astenia en el grupo de estudio y ansiedad, astenia y depresión en el grupo control.

En relación al tipo de noxas ambientales, en el grupo de estudio predominaron los conflictos con la pareja y/o falta de amor (25%), seguido de falta de intimidad en la vivienda (13%), conflictos en la familia (11%), cirugía ginecológica (9%), conflictos morales y/o educación religiosa (4%), conflictos laborales (2%) y dificultades económicas (2%) ambas con igual por ciento, trastornos en la identidad sexual (1%) y otros (34%).

En el grupo control predominó la falta de intimidad en la vivienda (31%), conflictos familiares (24%), conflictos con la pareja y/o falta de amor (18%), conflictos laborales (9%), conflictos morales y/o educación religiosa (7%), dificultades económicas (2%) al igual que la sobre tensión y sobre horarios y/o privación de sueño (2%) y otras con (7%).

Con respecto a si sentían impulso sexual hacia la pareja, en el grupo de estudio el (85%) respondió que sí y el (15%) dijo que no; y en el grupo control el (96%) dijo que sí y el (4%) restante respondió que no. Al interrogar si sentían aceptada por el sexo opuesto, en el grupo de estudio el (98%) respondió que sí y un (2%) dijo que no; y en el grupo control el (100%) dijo sentirse aceptada por el sexo opuesto.

Se indagó si sentían atracción sexual hacia personas de su mismo sexo, y en el grupo de estudio el (4%) respondió afirmativamente y un (6%) en el grupo control respondió que sí.

En cuanto a las características de la primera relación sexual en el grupo de estudio hubo una actitud positiva de la pareja en el (78%), alcanzaron el orgasmo el (42%), le resultó

agradable en el (63%); en el grupo control en el (95%) hubo una actitud positiva en la pareja, el (48%) alcanzó el orgasmo, y el (67%) la consideró agradable.

Al indagar la relación interpersonal con la pareja, en el grupo de estudio el (70%) refirió que era buena, el (24%) dijo que regular y el (6%) señaló que era mala.; en el grupo control el (78%) refirió que era buena, el (19%) que regular y un (3%) que mala.

Cuando analizamos la frecuencia del coito, en el grupo de estudio predominó la de tres veces por semana (30%), seguida de la diaria (18%) , mensual (11%), quincenal (10%), dos veces por semana (9%), mensual (11%), y otras frecuencias (12%); en el grupo control predominó la de tres veces por semana (40%), seguido de la diaria (23%) y dos veces por semana (14%), mensual (8%), quincenal (5%) y otras (10%).

Al indagar la presencia de masturbación, en el grupo de estudio se halló en un (10%) y en el grupo control en el (21%).

DISCUSIÓN

En cuanto a las edades en ambos grupos predominaron las edades de 25 a 34 años, con una mediana en el grupo de estudio de 31 años y de 28 años en el grupo control. Como podemos observar predominaron los grupos de edad en que la mujer se encuentra en plena actividad sexual, por esta época la expresión de la sexualidad alcanza su máxima realización, la mujer es más segura de sí misma y participa más activamente en su relación de pareja, siente la necesidad de lograr su satisfacción sexual y hace todo lo posible por alcanzarla. En esta época la mujer ya puede valorar por sí misma si tiene una respuesta sexual adecuada o si padece de algún trastorno sexual.

Se hizo evidente que en el grupo de estudio predominó el Trastorno orgásmico, el trastorno del deseo sexual y el Deseo sexual hipoactivo y la dispareunia, el deseo sexual hipoactivo y el Trastorno orgásmico fueron más frecuentes en el grupo control.

Pino, E. (4) encontró en un grupo de mujeres chilenas estudiadas que el Trastorno orgásmico fue el más frecuente (50%), y Vasallo, C. (5) en la consulta de Sexología halló un (40%) de Trastorno orgásmico en la mujer, estos resultados son coincidentes con los nuestros.

Atendiendo a la naturaleza del inicio del trastorno sexual predominaron los adquiridos tanto en el grupo de estudio como en el control, estos resultados coinciden con Kolodny, Masters y Johnson (2) y Valdivia, T. (6).

Como podemos ver la mayoría de los trastornos sexuales aparecen luego de periodos de actividad sexual normal a lo largo de la vida, lo que nos hace pensar que están influenciados por factores externos que inciden sobre la persona en cuestión, como son

normas actitudes y valores negativos sobre la sexualidad en el hogar, experiencias sexuales traumáticas durante la infancia o la adolescencia, baja autoestima, relaciones interpersonales deficientes con la pareja.

En relación al contexto en que aparece el trastorno sexual, en la mayoría de las mujeres fue situacional o sea se mostraron en una situación específica.

Observamos un predominio de antecedentes personales psicopatológicos en el grupo de estudio. Estos resultados nos hacen pensar que los trastornos psiquiátricos previos parecen condicionar de alguna manera la aparición o permanencia de trastornos sexuales.

En el grupo de estudio predominaron las personalidades esquizoides, histéricas y ansiosas y en el grupo control las normales, por lo que parece evidente que las personalidades anormales tienden a mostrar más perturbaciones sexuales.

Kolodny, Masteres y Johnson patentizaron una alta incidencia de problemas sexuales en las histéricas, apuntando que un 86% de dicho grupo tenía dificultades sexuales; también informaron que Kupfer y cols. Reportaron que la ansiedad crónica estaba asociada significativamente a la aparición de trastornos sexuales entre los pacientes de una consulta psiquiátrica. (2)

Pensamos que el predominio de la personalidad esquizoide se explica claramente ya que este tipo de personalidad está dada por personas frías y poco expresivas con poco interés por las actividades placenteras y con poca reactividad emocional; sus relaciones interpersonales están marcadas por falta de energía conativa y afectiva, muy encerradas en sí mismas y poco propensas a compartir sus actividades y sentimientos, de manera tal que su intercambio con otras personas se empobrece significativamente en calidad y cantidad (incluidas las relaciones sexuales y familiares). (7).

Con respecto a las personalidades histéricas éstas presentan entre sus características una afectividad superficial y lábil, así como inhibiciones e insatisfacciones sexuales (7), lo que explicaría la frecuencia encontrada en este estudio.

Con respecto a las personalidades ansiosas se caracterizan por un estado de tensión, ansiedad y temor, relacionado con una pobre estima personal, temor a ser socialmente rechazado y evitación de contactos interpersonales (7); esto pudiera explicar la dificultad de índole sexual que presentan estos pacientes.

En cuanto a las personalidades obsesivas se caracterizan por sentimientos de inseguridad y una necesidad morbosa de control, tienen marcada dificultad para expresar sus sentimientos de ternura, e incluso de hostilidad (7).

Pero debemos de aclarar que muchas personas que presentan trastornos sexuales tienen una personalidad normal y no presentan ningún trastorno psiquiátrico.

Los síntomas psíquicos aparecieron con mayor frecuencia en el grupo de estudio y en ambos grupos resultó ser la ansiedad; esto coincide con un estudio realizado en la consulta de Sexología por Méndez, N. y cols. quien encontró niveles elevados de ansiedad en los pacientes y en los controles la ansiedad estuvo en niveles bajo y medio.

(8)

Las noxas ambientales predominaron en el grupo de estudio en relación con el grupo control, se hizo evidente que los conflictos entre los miembros de la pareja presentaron el doble de frecuencia en el grupo de estudio en relación con el grupo control. Es conocido que los trastornos sexuales, como todas las formas de psicopatología, son producto de la interacción entre el individuo y el medio, por lo que es comprensible que en una relación de pareja donde prevalezca la incompreensión, el rechazo, la humillación, el desamor, los celos, el maltrato, la falta de comunicación, sería muy difícil lograr un buen funcionamiento sexual.

Señaló Schnabl, S. que una palabra ofensiva del hombre, un gesto despreciativo, la omisión de un elogio merecido o de una palabra cariñosa, la falta de una atención esperada, tienen a veces efectos emocionales duraderos en la mujer y suelen reflejarse exclusivamente en lo sexual, aunque exteriormente la armonía matrimonial no parezca estar perturbada.(9)

Según Kaplan, H. el reconocimiento de la influencia de los conflictos de las parejas en la actividad sexual, representa un considerable avance para la comprensión de estos trastornos. (3)

Lógicamente no podemos ser absolutistas ya que existen parejas que a pesar de tener una pésima relación interpersonal funcionan adecuadamente en el plano sexual, aunque tal vez ese buen acoplamiento sexual podría ser la causa de que se conserve la unión.

Vasallo, C. halló como posibles causas disfuncionales en las mujeres atendidas en la consulta de disfunción sexual en primer lugar los fracasos matrimoniales y la infidelidad.

(5)

Al indagar acerca del impulso sexual hacia la pareja, las mujeres del grupo control sentían más impulso sexual hacia la pareja; hubo proporciones semejantes de atracción sexual por el mismo sexo. Cuando la mujer descubre que su orientación sexual es hacia su mismo sexo, puede suceder, que surjan preocupaciones y conflictos asociados con la

aceptación de su orientación sexual y de cómo enfrentar a la sociedad y esto agrava su desempeño sexual.

Casi en la totalidad las mujeres de ambos grupos se sintieron aceptadas por el sexo opuesto, por lo que consideramos que existe en ambos grupos una adecuada autoestima. En relación a las características de la primera relación sexual, en el grupo control se observó mejor actitud por parte de la pareja que en el grupo de estudio. Castillo, J. y cols hallaron que el 86,2 % de las mujeres de una consulta de orientación y terapia Sexual plantearon que la primera experiencia sexual fue desagradable y lo atribuyen a la poca preparación y los temores y mitos que existen con relación a la primera relación sexual, así como a los insuficientes conocimientos sobre la sexualidad que tienen mujeres y hombres. (10)

En el grupo control hubo mayor predominio de las relaciones interpersonales buenas entre las parejas que en el grupo de estudio. Para Masters y Johnson los factores interpersonales revisten tremenda importancia en la mayoría de los trastornos sexuales. (2)

En ambos grupos predominaron las frecuencias de tres coitos por semana, este resultado coincide con otros autores. (1) (2) (11)

Es de destacar el bajo porcentaje de mujeres que utilizaron la masturbación como forma de satisfacción sexual, siendo menor en el grupo de estudio.

Castillo, J. y cols. hallaron un (19%) de mujeres en su estudio en la consulta de Orientación y Terapia Sexual, cifra similar a la nuestra. (10)

CONCLUSIONES

Se constató que las mujeres que asistieron a consulta por trastornos sexuales poseían más trastornos psicopatológicos y eventos negativos que las del grupo control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kinsey, A. CH. et al.: Sexual Behavior of the Human Female, Saunders, Philadelphia, 1953.
2. Masters y Johnson: La sexualidad humana, Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1987.
3. Kaplan, S.H.: La nueva terapia sexual, t.I, Ed. Alianza, Madrid, 1979.12
4. Pino, A.E.: Orgasmo prematuro o eyaculación precoz Rev. Sexología y Sociedad. Nº 16, Habana, 2000. pp. 3-8
5. Vasallo, M.C.: Disfunción y terapia sexual, Rev. Sexología y Sociedad Nº 1, diciembre 1995, pp. 9-11.

6. Valdivia, R.T.: Disfunciones sexuales masculinas. Rev. Sexología y Sociedad. N° 5, Habana, 1966, pp. 30-31.
7. Otero, A. y cols.: Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. La Habana, 2001.
8. Méndez, N. y cols.: Disfunción sexual masculina, Rev. Sexología y Sociedad N° 4, Habana, 1996. pp. 25- 27
9. Schnabl, S.: El hombre y la mujer en la intimidad, Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1979.
10. Castillo, J.: Orgasmo femenino. Resultados de una encuesta, Rev. Sexología y Sociedad. N° 12, enero 1999, pp. 7- 9.
11. Gorguet, I: Estudio de trastornos sexuales en mujeres de una consulta de Terapia Sexual. (Jornada Científica), Santiago de Cuba, 2002.